Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin ;57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 lutego 1882. №. 7. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

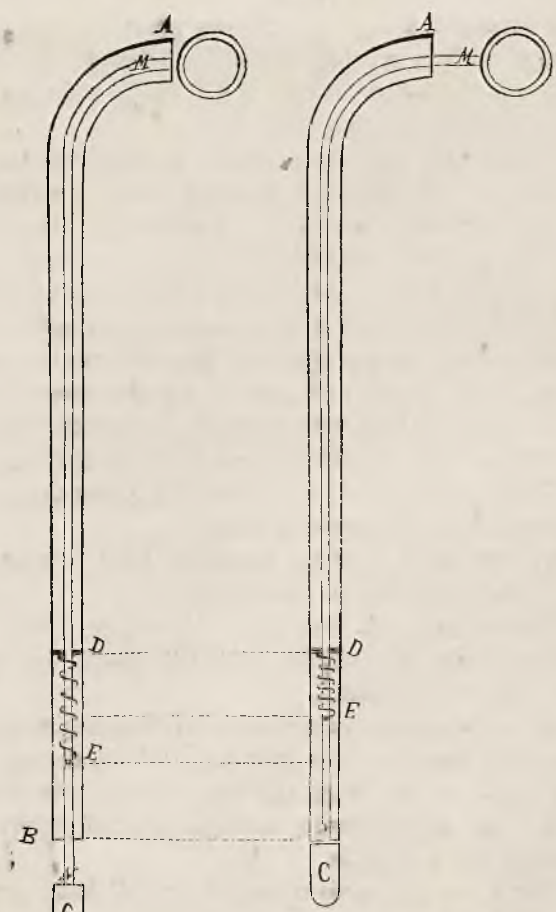
(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

VI. Własny sposób badania dolnéj granicy żołądka.

Celem moim było oznaczenie ustawienia dolnéj granicy żołądka bezpośrednie. Sądziłem, iż najdogodniéj da się to uskutecznić za pomocą zgłębnika zwykłego, cienkiego lecz dość sztywnego, aby nie dozwolić uginania się takowego. Gdyby można z pewnością uchwycić chwilę, w któréj dolny koniec zgłębnika poczyna dotykać dolnéj ściany żołądka, wystarczyłoby wymierzyć długość zgłębnika wprowadzonego od zębów i takową porównać wedle wskazówek Penzoldta ze stałemi wymiarami ciała, np. wysokością ciała, długością kręgosłupa itp. aby ocenić ustawienie dolnéj granicy żołądka. Aby to osiągnąć, tj. aby mieć pewną wskazówkę, kiedy dolny koniec zgłębnika przytyka do dna żołądka, poleciłem skonstruować następujący przyrząd przedstawiony w schemacie na fig. 5.

Składa on się ze zwykłego elastycznego, angielskiego zgłębnika żołądkowego, nieopatrzonego bocznem okienkiem lecz od dołu uciętego, tak iż przedstawia od dołu otwór okrągły. Wewnątrz zgłębnika (cewnika) na 4—5 cm. od dołu jest ułożony rogowy krążek, 2—3 milim. gruby, i tamże stale utwierdzony. Krążek ten jest w samym środku przewiercony. Górny lejkowato rozszerzony koniec zgłębnika jest zatkany krążkiem drewnianym, w środku przewierconym. Przez całą długość zgłębnika przebiega drut dość cienki, stalowy niegiętki. *M*, który przechodzi przez otwory wywiercone w górnym i dolnym krążku. Drut ten zakończony jest od dołu nasadką rogową *C*. Nasadka ta nie jest bezpośrednio przytwierdzona do drutu lecz za pomocą rączki rogowéj odpowiednio *N*, któréj średnica nieco tylko jest mniejsza od światła cewnika, tak aby wśród takowego mogła być z łatwością w obu kierunkach przesuwaną. W punkcie *E*, jest

Fig. 5.



przytwierdzona do drutu lekka sprężynka metalowa, która utrzymuje nasadkę wraz z drutem w oddaleniu 1—1½ cm.

od dolnego końca zgłębnika jak fig. A przedstawia, tak iż dopiero po zastósowaniu lekkiego ucisku na nasadkę przylgnie takowa dokładnie do dolnego końca zgłębnika. Również przez pociągnięcie drutu za rączkę do takowego przytwierdzoną można przyłożyć dokładnie nasadkę do dolnego końca zgłębnika, tak iż zgłębnik w téj postaci przedstawia zwyczajny gałeczkowato zakończony zgłębnik żołądkowy, po założeniu zaś zatyczki między górny koniec zgłębnika a rączkę można nasadkę stale w téj pozycyi utrzymać.

Manipulacyja z podanym zgłębnikiem jest następująca: Załóżmy zgłębnik z nasadką przylegającą do dolnego końca i ustaloną w têm położeniu zatyczką do żołądka (przypuśćmy żołądek wypełniony w miernym stopniu gazem lub płynem). Jak skoro dolny koniec zgłębnika przejdzie z przełyku do jamy żołądka, odejmijmy zatyczkę, skutkiem czego nasadka odskoczy działaniem sprężyny od dolnego końca zgłębnika jak na fig. *A*. Jeżeli głębiéj będziemy wprowadzać zgłębnik, to w chwili, gdy dolny jego koniec, względnie nasadka rogowa, dotknie dna żołądka i lekko na takowy naciśnie, górny koniec drutu wysunie się po za górny koniec zgłębnika, o tyle, o ile nasadka przybliżyła się do dolnego końca takowego. Gdybyśmy zgłębnik jeszcze głębiéj wsunęli, aby silniéj cisnął na dno żołądka, możemy doprowadzić do zupełnego przylegania nasadki względnie do usunięcia zupełnego części drutu wystającéj po za górny koniec zgłębnika. Jeżeli w chwili, gdy górny koniec drutu pocznie się nieco wysuwać, zaznaczymy palcem punkt, w którym zgłębnik przytyka do zębów, i po wyjęciu długość zgłębnika do tego punktu zmierzymy, uwzględniwszy (co jednak zbyteczne albowiem o tak wielką dokładność chodzić nie może) długość wysuniętego dolnego końca drutu, mamy podaną odległość dna żołądka od zębów. Takową porównywamy wedle Penzoldta ze stałemi wymiarami ciała badanego (p. wyżéj) i możemy ocenić, czy ustawienie dna żołądka w danym przypadku jest prawidłowe, lub nie.

Gdybyśmy od razu do pewnego wyniku nie przyszli, nic łatwiejszego jak zgłębnik nieco wysunąć i znów skręciwszy w tę lub ową stronę górny koniec zgłębnika wsunąć aż górny koniec druta pocznie się wysuwać. — Przed wyjęciem zgłębnika należy za pomocą rączki i założenia zatyczki przyłożyć dokładnie nasadkę do dolnego końca zgłębnika.

Postępowanie to nie jest tak skomplikowane, jak się z opisu wydawać może; nie jest w rzeczywistości niczém więcéj, jak manipulacyją wprowadzenia zgłębnika w celu np. wypompowania treści żołądkowéj. — Również przyrząd sam nie jest niczém więcéj, jak zwykłym zgłębnikiem; cała manipulacyja wykonywa się szybko i łatwo.

Przymioty, jakie opisany zgłębnik mieć winien, aby dokładnie funkcyjonował, są następujące:

1) Winien być dość sztywny, aby się w chwili dotykania dna żołądka nie uginał; przytém może być cienki (10—12 milim. w obwodzie).

2) Drut *(mandrin)* połączony z nasadą winien być również sztywny (stalowy, nie mosiężny lub miedziany) i powleczony srebrem lub cyną dla zapobieżenia rdzewieniu i winien się z jak najmniejszém tarciem poruszać w otworach tak w walcu jak w krążku.

3) Sprężyna, utrzymująca nasadkę w oddaleniu od końca dolnego zgłębnika winna być słabą i lekką, tak aby już za lekkim uciskiem wywartym na dno żołądka dozwalała nasadce zbliżyć się do dolnego końca zgłębnika.

4) Zgłębnik sam powinien być dłuższy od zwykłych zgłębników żołądkowych fabrycznie wyrabianych (na 90—100 cm.), aby w przypadkach rozszerzenia żołądka mógł dosięgnąć do dna takowego.

Możnaby zarzucić, iż w stanie skurczonym żołądka nasadka posuwając się po pofałdowanych ścianach żołądka, mimo że nie dosięgła dna, pocznie sie przybliżać do końca zgłębnika. Jest to rzeczywiście możebne, lecz wyniku badania nie będziemy opierać na jednorazowém dotknięciu się nasadki ściany żołądka będziemy się starać kilkakrotnie, przy różném ułożeniu górnego końca zgłębnika, dotykać dna żołądka. Zresztą najdogodniéj będzie w takich przypadkach kazać choremu wypić szklankę wody zwykłéj lub lepiéj sodowéj, w celu lekkiego wydęcia skurczonego żołądka.

W przypadkach jednak, gdzie żołądek jest średnio wypełniony płynem lub gazem, lub w przypadkach „chorobowego rozszerzenia“ żołądka, z pewnością liczyć można na dokładne ocenienie dolnéj granicy takowego. Przedewszystkiém sposób ten badania może być pomocny do ocenienia różnic w rozmiarach żołądka, powstałych w następstwie leczenia, np. po regularném wypompowywaniu żołądka, po elektryzowaniu takowego itp. W takim razie wystarczy tylko porównać wymiary dawniejsze z wybadanemi obecnie.

Wedle sposobu Leubego trzeba dolną granicę żołądka poznawać po stopniu obniżenia się dolnéj ściany takowego skutkiem gwałtownego wypierania i obniżania takowéj zgłębnikiem, przy moim zaś sposobie badania już lekki ucisk (obniżenie rzeczywistéj granicy na 1—2 cm.) wskaże, iż dolny koniec zgłębnika dosięga dna żołądka.

Nie potrzeba przy tém doprowadzać do zupełnego przezwyciężenia siły sprężyny, względnie zupełnego przylgnięcia nasadki do końca zgłębnika, lecz można się zadowolić lekkiém przysunięciem się takowéj, względnie lekkiém wysunięciem druta.

Nadto różnica wymiarów zgłębnika w chwili, kiedy drut poczyna się wysuwać od wymiarów zgłębnika wziętych wtedy, gdy drut w zupełności się wysunie, może być wskazówką oporności ścian żołądka, czyli jéj dzielności mięśniowéj Gdyby się tu rozchodziło o ścisłość matematyczną, możnaby obliczyć siłę sprężyny i cyframi oznaczyć siłę oporu, jaką stawia siła żołądka naciskającemu zgłębnikowi.

W celu przekonania się o użyteczności badania w mowie będącego, przedsięwziąłem kilka doświadczeń na zwłokach i chorych.

W doświadczeniach na zwłokach zgłębnik podany funkcyjonował znakomicie; przy lekkim ucisku (obniżeniu na 1—1 $^1/_2$ cm.) nasadka zbliżyła się do końca zgłębnika.

Na chorych doświadczałem w kilku przypadkach, z których przytoczę dwa:

1) J. G., l. 19. Zgłębnik wchodzi na 60 cm.; po wsunięciu na 62 cm. od zębów drut kompletnie się wysunął. Wysokość ciała=154 cm. Wedle Penzoldta długość zgłębnika = $^1/_3$ długości ciała; zatém w danym przypadku 154:3=51·2 Granica dolna zatém niżéj ustawiona. (Chora była karmiona przez wpompowanie znacznych ilości do 2000·00 pokarmów).

2) J. S., l. 28. *Dilatatio ventriculi*; przy stanie zgłębnika 59·0 cm. górny koniec druta poczyna się wysuwać. Wysokość ciała 145 cm. Zatem według Penzoldta 145:3=48·3. Wymiar zatém o 11 cm. znaczniejszy.

Dodaję nakoniec, iż zgłębnik opisany może być udoskonalony tak, iż może działać bardzo czule i delikatnie; ja doświadczałem zgłębnika dość rudymentarnie wykonanego w Krakowie. Zwracam tylko uwagę na zasadę zgłębnika, która wydaje mi się być dobrą i praktyczną.

II. O użyciu jodoformu w dentystyce.

Podał Dr. **Karol Goebel**,
Docent dentystyki w Uniw. Jagiell.

Jodoform wypada zaliczyć do tych nowszych środków lekarskich, które obecnie w medycynie niepoślednie oddają usługi. To téż zachęcony właśnie co rozpoczętemi doświadczeniami, robionemi z tym środkiem przez Dra Scheffa Julijusza, docenta dentystyki w Wiedniu, rozpocząłem równocześnie szereg doświadczeń z jodoformem, a chociaż takowe nie są jeszcze wyczerpującemi, to przecież zastósowanie tego leku w przeszło 48 przypadkach, po większéj części z nader korzystnym wynikiem, skłania mnie do udzielenia téj wiadomości, pragnąc zwrócić uwagę szan. kolegów na ten nowy lek w dentystyce i zarazem zachęcić do dalszych doświadczeń.

Własności lekko żrące jodoformu nasunęły myśl zastąpienia nim powszechnie w dentystyce jako zżeradła używanego kwasu arsenawego, a jeżeli zważymy z jakim bólem połączone jest użycie kwasu arsenawego, wzmagającym się niejednokrotnie tak dalece, że chory woli raczéj ząb utracić, niż dłużéj cierpieć, natenczas każden przyzna, iżbyśmy się chętnie pozbyli leku, który, pomimo swéj dzielności, ma tę wielką wadę, że nie można go użyć bez wywołania przykrego, czasem nieznośnego bólu, który nawet pod wpływem morfinu nie ustępuje, a bardzo często li z tego powodu nie może być wcale zastósowany. To téż chętnie rozpocząłem doświadczenia z jodoformem, trzymając się ściśle przedmiotu.

Już z tego, co dotąd powiedziałem, każdy odgadnie, iż używałem go głównie w zapaleniach zarodka *(pulpitis)*, a stósowanie go w tych przypadkach zdawało mi się o tyle odpowiedniejszém, o ile znanemi są ogólnie dzielne jego własności przeciwgnilne. Chodziło tedy przedewszystkiém o to, w jakiéj postaci ten nowy środek mógłby być najodpowiedniéj użyty. Wiadomo, że najodpowiedniéjszą formą jest pasta i w takiéj téż stusójemy w téj chorobie kwas arsenawy, używałem więc pasty, według przepisu Dra Scheffa:

Rp. Jodoform. pulv.
Caolini āā 2,0.
Acid. carbol. pur. cryst. 0,25.
Tere c.
Glycerini q. s. ut f. pasta spissior.
Adde
Ol. menth. pip. gtts V.

Kwas karbolowy i olejek miętowy miały zagłuszać nieprzyjemną woń jodoformu, która już sama przez się byłaby wystarczającą, ażeby użycia jodoformu w chorobach zębów zaniechać.

Tak przyrządzona pasta nie posiada rzeczywiście przykréj woni jodoformu, atoli przekonałem się, że tylko z początku woń jodoformu jest przytłumiona, jeżeli bowiem pomieniona pasta dłużéj leży, natenczas pojawia się znowu nieprzyjemna woń jodoformu i nie dozwala dalszego użycia. Otóż grzeczności p. aptekarza Stockmara młodszego zawdzięzam udzielenie mi jodoformu bezwonnego. Porzuciłem więc kwas karbolowy i olejek miętowy. Otrzymawszy tym sposobem pastę bez przykréj woni jodoformu, rozpocząłem doświadczenia w zapaleniach zarodka. Co się tyczy zastósowania téjże, to używam jéj w ten sam sposób jak pasty arszenikowéj, a mianowicie: wyczyściwszy poprzednio jak najdokładniéj uszczerbek, o ile tylko na to bolesny zarodek pozwala, bierze się trochę téj pasty na mały zwitek bawełny i wprowadza do zęba bolącego w ten sposób, ażeby pasta bezpośrednio z zarodkiem się stykała; następnie zalepia się cały uszczerbek w zębie rozmiękczonym woskiem, w tym celu, ażeby pasta przypadkowo podczas jedzenia ze zęba nie wypadła. Tak założony opatrunek zostawiam w zębie przez dobę.

Wkrótce po rozpoczętych doświadczeniach przekonałem się, iż stosunkowo daleko większéj ilości należy używać pasty jodoformowéj, aniżeli arszenikowéj, ażeby ten sam skutek osiągnąć; i tak gdy do zupełnego znieczulenia zarodka wystarcza bardzo mała ilość pasty arszenikowéj, bo zaledwie wielkości główki od szpilki, potrzeba do osiągnięcia tego samego skutku dwa, a nawet trzy, razy więcéj pasty jodoformowéj. Daléj spostrzegłem, że po wyjęciu z zęba pasty jodoformowéj nie tworzy się na zarodku właściwy strupek, jak się to zdarza po użyciu kwasu arsenawego, a mimo to zarodek jest zupełnie nieczuły, tak że nawet doraźnie można założyć plombę tymczasową; a wreszcie, co najważniejsza, nie występuje nigdy po założeniu pasty jodoformowéj zapalenie okostnéj, jak się to zbyt często zdarza po założeniu kwasu arsenawego. Atoli najbardziéj zasługuje na uwagę ta okoliczność, że założenie jodoformu nie sprawia tak silnego bólu, jak to czyni zazwyczaj kwas arsenawy i że przeważnie ból ten jest bardzo nieznaczny, a w bardzo wielu przypadkach ból wywołany zapaleniem zarodka od chwili założenia pasty jodoformowéj zupełnie ustaje.

Przedstawiwszy w krótkości działanie jodoformu w zapaleniu zarodka, przechodzę do szczegółowego zestawienia swoich doświadczeń. Jak już wyżéj nadmieniłem, miałem w méj praktyce dotąd 48 przypadków jodoformem leczonych, z tych:

W 22 przypadkach ból był po założeniu jodoformu bardzo lekki, krótko trwający, skutek zadowalający, albowiem objawy zapalenia zarodka zupełnie ustąpiły.

W 15 przypadkach ból od chwili założenia jodoformu zupełnie ustał, skutek również zadowalający, nastąpiło więc wyleczenie bez wywołania jakiegokolwiek bólu.

W 4 przypadkach ból był dość silny i długo trwający, skutek zadowalający.

W 6 przypadkach założenie jodoformu było bezskuteczne, tak że zmuszony byłem założyć kwas arsenawy, a wreszcie

W 1 przypadku wyleczenie nie było zupełném, tak że dopiero po powtórném założeniu jodoformu nastąpiło wyleczenie.

Zestawiwszy wyżéj opisane przypadki, wypada na 48 przypadków jodoformem leczonych 42 zupełnie wyleczonych a tylko 6 niepomyślnych; jest to zawsze stosunek nadzwyczaj korzystny i spodziewam się, że dalsze doświadczenia wykażą przyczynę niepomyślnego wyniku owych 6ciu wyżéj przytoczonych przypadków.

Że wyleczenie w owych 42 przypadkach było zupełne, nie ulega żadnéj wątpliwości, a dowodzi tego również i ta okoliczność, że na 3ci dzień po zastósowaniu jodoformu mogłem w 16tu przypadkach założyć tymczasowe plomby

gutaperkowe, które po dziś dzień chorzy bardzo dobrze znoszą i jest wszelka nadzieja, że wkrótce takowe stałemi będzie można zastąpić.

Co więcéj, w jednym przypadku znalazłem po obu stronach dwa zęby pierwsze trzonowe górne, w których było zapalenie zarodków: w jednym zastósowałem jodoform, a w drugim zwykłą pastę arszenikową w zębie leczonym jodoformem, bez wywołania wielkiego bólu, na drugi dzień nie było ani śladu zapalenia zarodka; w zębie zaś leczonym pastą arszenikową powstał zaraz po założeniu pasty bardzo silny ból, przez kilka godzin trwający, a na drugi dzień nie było również śladu zapalenia zarodka, tak, że w obu zębach mógłem założyć plomby gutaperkowe; atoli w kilka dni po założeniu plomby powstało w zębie leczonym pastą arszenikową zapalenie okostnéj, tak że zmuszony byłem plombę wyjąć, gdy przeciwnie w zębie leczonym jodoformem plomba do dnia dzisiejszego, tj. więcéj niż 4 tygodnie, zupełnie dobrze jest znoszoną. Dodać tu muszę, że w obu zębach pierwotnie ani śladu zapalenia okostnéj nie było, tak, że wystąpienie zapalenia w drugim przypadku przypisać należy prawdopodobnie zastósowaniu arszeniku.

W jednym nawet przypadku, gdzie obok zapalenia zarodka były także ślady zapalenia okostnéj, po założeniu jodoformu obie choroby ustąpiły, tak że mógłem zaraz założyć plombę tymczasową, która już trzy tygodnie z dobrym skutkiem jest noszoną.

Potém cośmy powyżéj powiedzieli, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Jodoform jest dzielnym lekiem w zapaleniach zarodka.

2) Zastósowanie jodoformu nie sprowadza nigdy tak silnego bólu, jaki zawsze towarzyszy użyciu arszeniku.

3) Po założeniu jodoformu nie tworzy się na zarodku strupek, jak się to zdarza po założeniu arszeniku, a mimo to zarodek jest zupełnie nieczułym.

4) Nie występują nigdy zapalenia okostnéj, jak się to zbyt często zdarza po zastósowaniu arszeniku.

W końcu nadmienić muszę, iż zastósowanie jodoformu w zgorzeli zarodka zdaje mi się również być odpowiedniém, zważając na jego własności przeciwgnilne, co jednak wymaga dłuższych doświadczeń.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Peters: **Die klimatischen Winterkurorte Central-Europas und Italiens.** Leipzig 1880.

Prof. Beneke: **Die sanitäre Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf Norderney.** 1881.

Peters znany jest Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego z ważnéj i pięknéj pracy: „o wpływie najważniejszych czynników klimatycznych na przewlekłe choroby narządu oddechowego i na przewlekłe gośćce mięśniowe i stawowe,“ z któréj prof. Korczyński zdał swego czasu dokładną sprawę na jedném z posiedzeń Komisyi balneologicznéj (zob. Przegl. Lek. 1879 Nr. 24). Tym razem chciałbym zwrócić uwagę kolegów na inne, zwyż podane dziełko tegoż autora. Jest to praktyczny przewodnik dla lekarzy wysyłających swych chorych do uzdrowisk klimatycznych na pobyt zimowy, z szczególném uwzględnieniem wskazówek, w jaki sposób oznaczyć i wybrać dla pewnego przypadku chorobowego najodpowiedniejsze uzdrowisko klimatyczne. Praktycznych wskazówek tych napróżno szukalibyśmy w pracach klimatologicznych E. H. Richtera, Reimera, Biermanna, Sigmunda i Rohdena, i dla tego dziełko Petersa zasługuje na uwagę lekarzy praktykujących. Rozdział pierwszy zajmuje się wyborem uzdrowiska. W wyborze tym rozstrzyga wzgląd na przewlekłe suchoty płucne, aczkolwiek pobyt w uzdrowiskach zimowych wskazany jest dość często i innemi chorobami (przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzelów, rozedma płuc, dychawica, usposobienie do suchot płucnych, zapalenie opłucny, przewlekły gościec, ogólne wrodzone lub następowe osłabienie ciała). Chcąc oznaczyć ogólne wskazania lecznicze dla suchot płucnych, trzeba się oprzeć na poczynionych w tym względzie istotnych doświadczeniach z pominięciem przeróżnych śmiałych, lecz nie uzasadnionych, przypuszczeń. Biorąc praktycznie, trzymać się trzeba w leczeniu suchot płucnych następujących zdań, zaczerpniętych z wielorakiego doświadczenia:

1) Nie ma leku swoistego dla suchot płucnych.

2) Najlepsze wypadki daje pośredni sposób leczenia polegający na tém: aby chorego umieścić śród korzystnych warunków ogólnych, zachować i wzmódz jego siły, powiększyć ciężar ciała, poprawić ogólne odżywienie, przez co miejscowa sprawa chorobowa może nie tylko w dalszym rozwoju się powstrzymać, ale niekiedy nawet i ustąpić.

3) Do takich warunków korzystnych należą według doświadczenia: pobyt chorego w powietrzu wolném (nie pokojowém lub szpitalném) i czystém (tj. bez pyłu i kurzu); dobre żywienie strawami mięszanemi obfitującemi w tłuszcz; uwolnienie chorego od wrażeń i wstrząśnień umysłowych i od natężonéj pracy umysłowéj.

4) Im chory dłużéj śród takich warunków pozostaje, tém pewniéj naprawy zdrowia spodziewac się można.

Z tego wynika lecznicza doniosłość pobytu w uzdrowiskach zimowych. W zimnéj porze roku, od września do kwietnia a nawet i maja, suchotnik północy nie może, według panujących wyobrażeń, albo wcale używać świeżego powietrza albo téż bardzo tylko mało, dla tego wysłanie go na jesień, zimę i wiosnę do łagodniejszego podniebia staje się pożądaném. Niestety przemieszczenie takie możebném jest jedynie w korzystnych warunkach majątkowych chorego, czyli stosunkowo bardzo rzadko, racyjonalném zaś jest tylko wtenczas, gdy polepszenie zdrowia jest prawdopodobne i w ogóle możliwe. Zdawaćby się mogło, że jest rzeczą obojętną, które uzdrowisko wskaże się choremu, ponieważ wszystkie odznaczać się muszą czystém powietrzem. Trzeba jednakże zważyć, że poszczególne uzdrowiska nie przez całą porę roku dozwalają chorym przebywania na wolném powietrzu, że np. jedno najodpowiedniejszém jest podczas miesięcy zimowych i wiosennych, inne tylko w porze jesiennéj, że w jedném uzdrowisku chory może przebywać przez cały dzień na dworze, w inném tylko przez parę godzin. Z tego wynika potrzeba uwzględnienia zachodzących zmian klimatycznych w poszczególnych uzdrowiskach w pewnych porach roku, czyli potrzeba szczegółowego i dokładnego wykazu, które z uzdrowisk klimatycznych nadaje się w pewnym miesiącu na pobyt dla chorych. Wykaz taki ułożył Peters na podstawie doświadczeń tak własnych jako i wielu lekarzy w uzdrowiskach praktykujących, kontrolując doświadczenia te wypadkami postrzeżeń meteorologicznych. Wykazowi temu zarzucićby chyba można, że w wyborze uzdrowiska nie uwzglę-

dnia konstytucyi chorego. Tak np. przepisuje suchotnikom w m. styczniu pobyt w uzdrowiskach Falkenstein, Davos, Palermo, Bordighera, Nizza itd., a przecież uzdrowiska z klimatem alpejskim (Davos) i podalpejskim (Falkenstein) z stosunkowo nizką ciepłotą (Davos średnio 0·1°C., Falkenstein 4·4°C.) z wyniesieniem 2.000—5000 stóp nad poziom morza wskazane są dla innych suchotników (więź silna, mięśnie dobrze rozwinięte, dostateczne wytwarzanie ciepła itd.), niż jednostajnie ciepłe południowe uzdrowiska nadmorskie. O wyborze między temi ostatniemi rozstrzygać znów muszą inne względy, np. wilgotność powietrza, dla któréj inne są wskazania dla suchéj Nizzy, inne zaś dla wilgotnego Palerma itd.— Mimo wytkniętych braków schemat Petersa nie traci praktycznéj swéj wartości. W następnym rozdziale podaje autor zwięźle wskazówki co do podróży chorego, czasu podróży i powrotu, języka, paszportu, ubrania, kosztów podróży, kolei żelaznéj, cła granicznego i rewizyi, wyboru pomieszkania, hotelów, restauracyj itd. Reszta dziełka obejmuje opis 40 uzdrowisk klimatycznych Włoch i Europy środkowéj w porządku alfabetycznym. Każde uzdrowisko opisane jest w pewnym systematycznym porządku: topografija (według naocznych badań autora), wegetacyja, klimat w ogóle, poszczególne warunki klimatyczne z uwzględnieniem zebranych spostrzeżeń meteorologicznych. Stosunki wilgotności powietrza dokładnie są uwzględnione z podaniem nie tylko bezwzględnéj ale i względnéj wilgotności.

Następują wskazówki co do stacyi meteorologicznéj, wody do picia, chorób nagminnych w uzdrowisku, pory, w któréj chorzy mogą przebywać na wolném powietrzu, istniejących środków leczniczych, wskazań i przeciwwskazań, praktykujących w miejscu lekarzy, literatury dotyczącéj uzdrowiska i jego stosunków meteorologicznych, aptek, osób przeznaczonych do pielęgnowania chorych, stosunków miejscowego pożycia, komunikacyi itd.

W końcu dziełka znajdujemy porządkowe zestawienie uzdrowisk: 1) według średniéj ciepłoty, 2) według bezwzględnéj wilgotności, 3) według względnéj wilgotności powietrza. Do tego dodana jest mapka uwidoczniająca położenie opisanych 40 uzdrowisk i komunikacyję.

Układ całości jest praktyczny; opis uzdrowisk staranny i dokładny; wszędzie poznać można, że autor naocznie badał stosunki miejscowe każdego uzdrowiska.

Prócz głównéj swéj zalety, że może służyć za dogodny podręcznik dla lekarzy praktykujących, dziełko powyższe zaleca się ze wszech miar jako przewodnik dla lekarzy zwiedzających zagraniczne uzdrowiska.

Rozprawa Benekego o zdrowotném znaczeniu dłuższego pobytu na wyspach morza Północnego, mianowicie na Norderney, zasługuje ze wszech miar na uwagę, przedstawia bowiem zwięźle i krytycznie obecny stan terapii suchot płucnych oraz na nowe po części chce ją sprowadzić tory. Terapija zwykła obecnie dzielić cały materyjał suchotniczy na dwie części: ustrojowe usposobienie do suchot płucnych i suchoty już rozwinięte. Przeciwko ustrojowéj słabości zaleca się: leczenie dyjetetyczne w rozległém tego słowa znaczeniu, leczenie powietrzne, kąpiele, ćwiczenia gimnastyczne, żelazo, chinin, przetwory wapniowe, gorzkie nalewki itd., z którychto środków i zabiegów ani jeden nie wywalczył sobie ogólnego i niezachwianego uznania. O ile żywienie przeważnie mięsne, zachwalane również z wielu stron, odpowiada celowi jest rzeczą wątpliwą; ogólniejszém uznaniem cieszy się lekko strawny tłuszcz. Między sposobami leczenia powietrznego istnieją: pobyt na wsi, w górach i w powietrzu morskiém. Powietrze na wybrzeżu morza śródziemnego spokojne, częstokroć nawet suche, nie może działać tak pobudzająco i wzmacniająco na osłabiony ustrój, jak powietrze Baltyku, a zwłaszcza morza Północnego. W leczeniu rozwiniętych już lub początkowych suchot płucnych następujące uwydatniają się sposoby postępowania: pierwszy polega na wysyłaniu chorych do uzdrowisk południowych przynajmniéj na zimę, drugi szuka dla chorych tych ratunku lub ulgi w podniebiu alpejskiém w połączeniu z hydroterapiją (Goerbersdorf, Davos), trzeci pielęgnuje chorych w zakładach zamkniętych w klimacie podalpejskim, posiłkując się również zabiegami hydryjatrycznemi. Na ostatnim planie mieści się leczenie suchotników w różnych zdrojowiskach i kąpielach, leczenie żętyczne, mleczne i winogronowe. Trudno rozstrzygnąć, który z powyższych sposobów leczenia zasługuje na pierwszeństwo. Nieznajomość patogenezy ustrojowego usposobienia do suchot płucnych nieznajomość działających w tym względzie czynników etyjologicznych, brak przekonywającéj statystyki porównawczéj itd. nie pozwalają pytania tego rozstrzygnąć.

Beneke stara się przedewszystkiém uzasadnić podział suchot płucnych na dwa wielkie działy, i to na podstawie badań tak anatomopatologicznych jako i klinicznych. Do pierwszéj grupy należą indywidua, które do 20, a nawet 30 roku, życia przedstawiają zupełny obraz zdrowia i w niczém nie okazują jakiejkolwiek skłonności do chorób płucnych. Naraz ludzie tacy zapadają na ostre zapalenie płuc, albo też rozwija się w nich bujanie interstycyjalnéj tkanki łącznéj wśród towarzyszących nieżytów oskrzelowych z następową induracyją tkanki płucnéj. Induracyja ta sprowadza w następstwie powstawanie rozstrzeni oskrzelowych, jam bronchektatycznych, poczém skutkiem procesów ropnych mogą powstać sprawy gruzełkowe. Ponieważ u osób takich częstokroć nie tylko w płucach, ale i w różnych innych narządach znajdujemy przerost tkanki łącznéj, całą tę grupę Beneke nazywa suchotami włókniakowemi *(phthisis fibromatosa)*. — Druga grupa, daleko liczniejsza, obejmuje indywidua już z dziecięctwa słabowite, często z oznakami zołzów. U chorych tych, chudych, bladych, słabych, rozpoczyna się choroba płuc w czasie pokwitania, a w każdym razie wcześnie około 20 roku życia. Jak w pierszéj grupie tak i tu choroba może się rozpocząć ostro (zapalenie płuc nieżytowe, *pneumonia desquammativa* Buhla, rzadko zapalenie włóknikowe). Daleko częściéj sprawa ta rozpoczyna się nieznacznie i przebiega przewlekle wśród objawów nieżytowych szczytów płucnych, coraz większego wychudnienia, krwioplucia itd. Zmiany w interstycyjalnéj tkaninie nie prowadzą do wytworzenia trwałéj tkanki łącznéj jak u chorych grupy poprzedniéj, lecz do powstania składników nietrwałych, rychło serowaciejących, które rozmiękłszy zupełnie są przyczyną wytwarzających się jam itd. Jeżeli twory te powstają u osób dotkniętych zołzami gruźliczemi lub u osób, które takowe przebyły, w takim razie sprawy chorobowe w błonach śluzowych i w tkaninach interstycyjalnych mogą od razu łączyć się z wytwarzaniem gruzełków prosówkowych. W każdym razie u tych, to właśnie chorych rozwija się zwykle wcześniéj lub późniéj ogólna gruźlica prosówkowa. Tę postać suchót płucnych nazywa Beneke suchotami zołzowemi lub serowatemi.

(Dokończenie nastąpi.)

O ptomainach.

II. Prace Brouardela i Boutmyego.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 5).

Brouardel i Boutmy, robiąc większą ilość rozbiorów sądowo-chemicznych, mieli sposobność nader często spotykać się z ptomainami. Do odróżnienia ptomainów od alkaloidów służyło im porównanie wszystkich własności, fizycznych, chemicznych i fizyjologicznych, obu tych grup ciał między sobą. Droga ta, przeprowadzona z całą ścisłością i skrupulatnością, zawsze wystarczała do odróżnienia rzeczywistego alkaloidu od zasady trupiéj. Jednakowoż jest ona zbyt długą i trudną. Ptomain różni się czasem tylko jedyną reakcyją od alkaloidu znanego, któremu zresztą we wszystkich innych własnościach odpowiada. Zapewne przypomną sobie czytelnicy ze sprawozdań z prac prof. Selmiego, że dwóch chemików sądowych otrzymało ze zwłok pewnego jenerała alkaloid, który oznaczyli jako delfinin. Sąd rozpoczął śledztwo. Przy powtórnych poszukiwaniach chemicznych, prof. Selmi przekonał się, że alkaloid ten wcale nie jest delfininem, lecz ptomainem. Ptomain ten wszystkiemi główniejszemi reakcyjami naśladował delfinin, lecz różnił się bardzo od niego działaniem fizyjologicznem. Otóż z tego przykładu widoczna, jak łatwo może przyjść do pomyłki. Brouardel i Boutmy pracowali nad tém, aby odkryć jakąś własność chemiczną ptomainów, wyróżniającą ich od wszystkich alkaloidów.

Wychodząc z założenia, że ptomainy, tworząc się przy rozkładzie ciał białkowatych bez przystępu powietrza, muszą się względem pewnych ciał zachowywać redukująco, odciągając tlen, robili w tym kierunku doświadczenia. Badali zachowanie się ptomainów do ciał łatwo się odtleniających, jak kwas azotowy, nadmanganezian potasowy, mięszanina dwuchromianu potasowego z kwasem siarkowym, mięszanina tegoż kwasu z nadniedokwasem ołowiowym, nadniedokwasem manganezowym, barowym, wreszcie zachowanie się tych ciał z jodanami. Próby, w różny sposób wykonywane, nie dały pożądanych wyników. W końcu zwrócili się obaj autorowie do prób z nadżelasinkiem potasu. Dotąd nie używano tego odczynnika w podobnych celach. Przekonano się, że **nadżelasinek potasu w zetknięciu z jakimkolwiek ptomainem, redukuje się na żelasinek potasu.** Alkaloidy prawie wszystkie nie posiadają téj własności. Tylko jeden morfin zachowuje się tak jak ptomain w zetknięciu z nadżelasinkiem potasu. Atropin i weratryn także w podobny sposób oddziaływają, ale w znacznie mniejszym stopniu od ptomainów. Być łatwo może, że oddziaływanie to weratrynu i atropinu z nadżelasinkiem potasu zależy od zanieczyszczeń tych dwóch alkaloidów, które tak trudno otrzymać ze zwłok zwierzęcych w stanie czystym. Brouardel i Boutmy polecają następujące postępowanie.

Zasadę, otrzymaną metodą Stasa ze zwłok, należy jak najdokładniej oczyścić. Następnie zamienia się ją w siarkan. Kilka kropli rozczynu téj soli mocno rozcieńczonego daje się do małéj ilości rozczynu nadżelasinku potasu, najlepiéj na szkiełku zegarkowém. Dodana teraz na szklanym pręciku kropelka chlorku żelazowego obojętnego, wykaże, czy ciało badane jest ptomainem lub téż alkaloidem właściwym. Jeżeli ptomainem, powstały przez redukcyję nadżelasinku żelasinek potasu utworzy z chlorkiem żelazowym obojętnym osad niebieski błękitu pruskiego.

Brouardel i Boutmy niejednokrotnie kontrolowali swoją reakcyję i uważają ją za niechybną i nader czułą.

Następnie robili oni próby porównawcze między oddziaływaniem ptomainów z nadżelasinkiem potasu, a oddziaływaniem, jakie te ciała okazują po dodaniu odczynnika Meyera. Próby te wykazały, że skoro odczynnik Meyera dawał tylko niewyraźną ilość strątu, to i odczynnik Brouardela Boutmyego dawał zaledwie zabarwienie zielonawo-niebieskie. Przeciwnie zaś, skoro tylko odczynnik Meyera dawał obfity strąt, reakcyja Brouardela i Boutmyego wyraźnie występowała, tworzyła się znaczna ilość błękitu pruskiego.

Dotychczasowe spostrzeżenia Brouardela i Boutmyego wykazały, że obecność trucizn nieorganicznych w zwłokach nie wpływa wcale na czułość reakcyi ptomainów z nadżelasinkiem potasu.

Zachodzi teraz pytanie, czy przypadkiem alkaloidy roślinne, wczasie gnicia ciał białkowatych, nie ulegają takim zmianom, któreby wywołały podobne zachowanie się z nadżelasinkiem potasu jak ptomainy. Brouardel i Boutmy zatruwali zwierzęta różnemi alkaloidami roślinnemi, następnie ze zwłok wyciągali znów te same alkaloidy i przekonali się, że te wcale nie dawały reakcyi z nadżelasinkiem potasu.

Porównanie reakcyi z odczynnikiem Meyera z reakcyją, jaką daje ciało badane z nadżelasinkiem potasu, jest z następującego względu nader ważném. Jeżeli ciało, otrzymane metodą Stasa, zachowuje się z odczynnikiem Meyera jak wszystkie alkaloidy, t. j. daje strąt, — nie daje zaś reakcyi z nadżelasinkiem potasu, to mamy do czynienia w każdym razie z czystym alkaloidem roślinnym. Jeżeli zaś jodek rtęci w jodku potasu daje strąt, a równocześnie występuje i reakcyja z nadżelasinkiem potasu, to ciało badane jest ptomainem. Wreszcie z tego, czy strąt otrzymany jodkiem rtęci w jodku potasu, jakotéż reakcyja z nadżelasinkiem potasu, jest mniéj lub więcéj wybitna, możemy wnosić, czy mamy przed sobą alkaloid roślinny lub ptomain, mniéj lub więcéj zmięszane ze sobą.

Gautier sprawdzał doświadczenia Brouardela i Boutmyego. Przyznaje on, że ptomainy posiadają własność, odszczególniającą je od wielu innych ciał, własność redukowania nadżelasinku na żelasinek potasu. Jednakowoż podnosi wątpliwość co do wykluczenia tą reakcyją wszystkich alkaloidów. Podobnie z nadżelasinkiem potasu zachowują się prócz morfinu, atropinu i weratrynu także hyosciamin, emetyn, igasuryn ,kolchicyn, nikotyn i apomorfin. Wprawdzie powiada Gautier, że alkaloidy te dają mniéj wybitnie reakcyję z nadżelasinkiem potasu i reakcyja ta występuje dopiero po upływie pewnego czasu, ptomainy zaś natychmiast redukuję nadżelasinek potasu. Zresztą prawie wszystkie alkaloidy prawdziwe działają redukująco na nadżelasinek potasu, lecz redukcyja ta występuje dopiero po upływie kilkunastu godzin a nawet dni. W każdym razie więc reakcyja podana przez Brouardela i Boutmyego jest nader ważną dla odróżnienia większéj części alkaloidów roślinnych od ptomainów.

W końcu, powiada Gautier, że reakcyję podobną jak ptomainy dają także i inne ciała, również silnie trujące, mianowicie zasady fenylowe, naftylamin, zasady acetonowe, aldehydowe, alylowe, pyrydowe i hydropyrydowe.

W dalszym ciągu swoich prac Brouardel i Boutmy zrobili jeszcze inne ciekawe spostrzeżenia nad ptomainami. Przekonali się oni, że ptomainy działają także i na inne ciała redukująco. Szczególniéj wybitną jest w tym względzie reakcyja z bromkiem srebrowym. Na papierze zaprawionym bromkiem srebrowym, jakiego używają fotografowie, kreśli się piórem gęsiem, zamaczaném w rozczynie ciała otrzymanego z trupa metodą Stasa, jakieś słowo, np. na jedném

miejscu „ptomain“ a na drugiém nazwisko alkaloidu, którego domyślamy się obecności. Po upływie pół godziny papier obmywa się w ciemności podsiarczynem sodowym, a następnie wodą. Jeżeli płyn, którego użyto do pisania, zawierał ptomain, to skutkiem wydzielenia się srebra, nazwisko nim napisane, wystąpi wyraźnie w barwie czarnéj; jeżeli zaś płyn zawierał czysty alkaloid roślinny, to nie będzie widać napisu żadnego, albo co najwyżéj, spostrzedz będzie można niewyraźne ślady pisma.

Może się jednakowoż mieć do czynienia z mięszaniną ptomainu i alkaloidu roślinnego. W tym przypadku należy zmienić nieco postępowanie. W rozczynie mięszaniny ptomainu i alkaloidu roślinnego oznacza się ilość obydwu zasad razem rozczynem miareczkowanym jodytu rtęciowo-potasowego. Następnie przyrządza się rozczyn czystego alkaloidu roślinnego, jakiego się w płynie domyślamy, w ilości odpowiedniéj oznaczanéj mięszaninie alkaloidów w płynie badanym. Obok słowa nakreślonego płynem badanym na papierze, zaprawionym bromkiem srebrowym, piszemy teraz drugie słowo rozczynem powyższym czystego alkaloidu roślinnego. Po przeprowadzeniu wszystkich czynności przygotowawczych z papierem bromowym, zobaczymy, że pismo nakreślone czystym alkaloidem wcale nie wystąpi, wystąpi zaś pismo napisane mięszaniną badaną mniéj lub więcéj wyraźnie stosownie do ilości ptomainu znajdującego się w mięszaninie.

B r o u a r d e l i B o u t m y przy pomocy Dra D e s c o u t s starali się rozwiązać zawiłe pytanie, wśród jakich okoliczności tworzą się ptomainy, jaki może być ich skład chemiczny i do jakich grup ciał należałoby je w chemii zaliczyć. Doświadczenia te, przedstawiające już w samém wykonaniu nader wielkie trudności, dały powody do domysłu, że we wszystkich ptomainach, działających redukująco na nadżelasinek potasu, musi się znajdować grupa metylowa, fenylowa, lub inne im pokrewne.

Brouardel i Boutmy przypuszczają daléj, że w pewnych przypadkach, szczególniéj skutkiem chorób zakaźnych, może przyjść do wytworzenia się ptomainów w ciele ludzkiém jeszcze za życia. 30 czerwca r. z. zmarła kobieta mniéj więcéj w piątym lub szóstym miesiącu ciąży. Z powodu podejrzenia o otrucie zarządzono dochodzenie sądowo-lekarskie. Rozbiór chemiczny, wykonany w 36 godzin po śmierci, wykazał dość znaczną ilość weratrynu. Zarazem otrzymano dużo ciała, odpowiadającego zupełnie ptomainom. Sekcyja wykazała, prócz zmian anatomicznych, odpowiadających otruciu weratrynem, jeszcze dość świeżą *perimetritis.* Autorowie są zdania, że w tym przypadku, gdzie rozbioru dokonano tak prędko po śmierci, nie można nic innego przypuścić, jak tylko, że ptomain w tak znacznéj ilości wytworzył się już za życia.

(Dokończenie nastąpi).

L i t t e n : O sprawach septycznych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Rzut oka na symptomatologiję obu form zapalenia wsierdzia wykazuje następujące szczegóły:

1. G o r ą c z k i nieraz zupełnie brak wśród całego przebiegu *Endocarditis rheumaticae,* jeżeli oczywiście sprawa pierwotna przypadkiem gorączki za sobą nie pociągnęła *(Rheum. artic. ac.)* W razie zjawienia się gorączki takowa bywa mierną i szybko znika, dreszczów nie ma. Postaci septycznéj zapalenia wsierdzia towarzyszy bez wyjątku podniesiona ciepłota, okazująca charakterystyczne wahania. Jednorazowe lub częstsze dreszcze są zjawiskiem zwykłém.

2. T ę t n o zazwyczaj nie bywa zmienioném, chyba że wytworzyły się wady zastawkowe. Wyraźnéj dwubitności i znacznéj częstości tętna, jaka cechuje formy septyczne, w postaci gośćcowéj nie widać.

3. P r z y p a d y m ó z g o w e (*Coma,* majaczenia itd.), towarzyszące formie septycznéj, a wywołane działaniem wysokiéj ciepłoty, nie występują zazwyczaj w formie gośćcowéj.

4. Zapalenia p r z e r z u t o w e, ropnie przerzutowe, zjawiają się stale w postaci septycznéj, nigdy nie znachodzą się w formie gośćcowéj, natomiast są dość częstém zjawiskiem infarkty krwawe lub blizny po tychże (odpowiednio do częstych wad zastawkowych).

5. Z m i a n y z a p a l n e w oczach, skórze *(Panophthalmitis, Pemphigus, Phlegmone multiplex, Erythemata* płonicowate) nigdy w formie reumatycznéj się nie zjawiają; również i krwotoki siatkówkowe są nierównie rzadsze niż w formie septycznéj. Natomiast należą k r w o t o k i s k ó r n e do częstych zjawisk i są prawie patognostyczne dla gośćcowéj formy.

6. Zmiany w s t a w a c h wydarzają się często, mają jednakowoż całkiem inny charakter aniżeli w formie septycznéj. Zropienia bowiem stawów brak tutaj, zjawia się tylko lekka bolesność i mierny obrzęk. Treść stawów przedstawia się w postaci płynu wodnistego całkiem jasnego lub mało co mętnego, podczas gdy w formach septycznych znachodzi się treść ropna, posokowata, zawierająca liczne kuliste lub pręcikowe bakteryje. Wynaczynienia na błonie maziowéj wydarzają się tylko w postaci septycznéj.

7. K r w o t o k i n e r k o w e w „reumatyczném“ zapaleniu śródsierdzia nie rzadko się wydarzają i bywają wywołane zapaleniem nerki krwotokowém, rozwijającém się zazwyczaj w nerkach chronicznie zmienionych.

8. Ż ó ł t a c z k a w typowych gośćcowych zapaleniach tylko wyjątkowo się wydarza, jako komplikacyja wywołana nieżytem żołądka i jelit.

9. O g ó l n e k r w o t o k i są rzadkie w formie reumatycznéj.

10. P r z e w ł o c z n e z a p a l e n i e w s i e r d z i a zjawia się w $^2/_3$ przypadków formy gośćcowéj, w septycznéj rzadziéj (w $^1/_4$ części).

11. N a c i e k u b i a ł k o w a t e g o narządów gruczołowych w formie reumatycznéj autor nie stwierdza.

Do powyższych dat klinicznych dołącza autor szczegółowy opis mikroorganizmów napotykanych w utkaniu śródsierdzia i w naczyniach krwionośnych, trafnie wszędzie uwydatniając braki odnośnych badań. Dla tego też z całą stanowczością występuje przeciw zdaniu Klebsa, który, może nieco za daleko idąc, na podstawie wejrzenia grzybków usiłuje rozpoznać poszczególne rodzaje zapalenia wsierdzia (*Endocarditis microsporina et monadina),* co zdaniem Littena w obec krytyki ostać się nie może.

I w zapaleniach wsierdzia napotykamy na to samo zjawisko, które niejednokrotnie w patologii stwierdzamy, na niestosunek między zmianami anatomicznemi a klinicznemi objawami. Fundamentalne różnice zasadzają się na tém, że postaciom septycznym towarzyszy zawsze silna gorączka i dreszcze, jak również obecność ropni przerzutowych, podczas gdy zmian tych w formie, przez Littena nazwanéj reumatyczną, brak. Pomimo licznych tych różnic obie formy zawdzięczają swój początek, tak przynajmniéj Litten wyraźnie mówi, inwazyi mikroorganizmów, równych może pod względem morfologicznym i chemicznym, lecz najróżnorodniejszych pod względem skutków.

W końcu zastanawia się autor nad kwestyją przechodzenia jednéj postaci zapalenia wsierdzia w drugą. Dzieje się to w niektórych razach, a mianowicie o ile wśród przebiegu reumatycznéj *Endocard.* infekcyja septyczna miejsce mieć może. Widać to np. w zapaleniu wsierdzia zjawiającém się wśród połogu lub ciąży skutkiem gośćca stawowego. Ciężarne, które zachorowały na ostry gościec stawowy, dostawały rychło zapalenia wsierdzia, po niejakim czasie następuje poronienie, wnet zjawiają się dreszcze i inne objawy zakażenia septycznego, w końcu *panophthalmitis*, a nareszcie i śmierć. Nekroskopija wykazuje świeże zmiany na śródsierdziu i ropnie przerzutowe w różnych narządach. Ze względu na teoryję choroby są to wypadki nader ważne, szczególniéj jeżeli zważymy, że przemianę tę *Endocarditis rheumaticae* w formę septyczną spostrzegamy nieraz nawet wtenczas, gdy brak nam wszelkiego źródła widocznego zakażenia, „nowych bodźców chorobowych“ nie ma, któreby przemianę tę tłumaczyły.

Pod wpływem zakażenia widzimy też nieraz, że choroby przewlekłe, zazwyczaj zupełnie łagodnie przebiegające, przyjmują postać zabójczą. Tak też mogą i chroniczne wady zastawkowe pod wpływem zakażenia septycznego stać się siedzibą „schorzenia grzybkowego“, które w następstwie sprowadza przerzutowe ropnie. Zdaniem wszelako autorów i przewłoczne zapalenie śródsierdzia jest przyrody grzybkowéj, ztąd też bardzo prawdopodobném, że mikroorganizmy pozostałe z ataków dawniejszych wśród utkania, pod wpływem świeżego zakażenia, do nowéj wegetacyi zostają pobudzone lub też że nastąpiła nowa importacyja zarodków (np. septycznych).

Po przyjęciu téj możebności sprawa traci na swéj zagadkowości, całkiem jednak niejasne są te przypadki, w których nagle z nieznanych nam przyczyn choroba przybiera charakter zabójczy zakażenia ogólnego. Zdarza się to, jak wiemy, w najróżnorodniejszych chorobach. W obec braku pewnych danych skazani jesteśmy na hipotezy, przemiany jadu w ustroju już istniejącego w inny, lub jak Klebs dla *Endocarditis* chce, monadyny w mikrosporon. Odnośnie do tego punktu słusznie zauważa Litten, że przypuszczając przemianę jadu organizowanego musimy przypuścić, że się również i inne produkty chemiczne wytwarzają, gdyż tak czynności żywotne jak nie mniéj i wpływ poszczególnych grzybków bywa różny. Ztąd też wyniknęłaby zmiana obrazu klinicznego. Również i o tém pamiętać należy, że i warunki bytu dla mikroorganizmów w ustroju chorym są inne jak w zdrowym, że zatém i wpływ tychże odmiennym być musi.

Wprawdzie udało się niektórym eksperymentatorom uskutecznić przemianę jednego grzybka, mniéj szkodliwego lub wcale nieszkodliwego, w pasorzyt inny, morfologicznie wprawdzie identyczny lecz w skutkach wcale odmienny, (z prątków siennych przez hodowanie prątki wąglikowe i na odwrót, Buchner) jednakowoż wcale dowodu nie mamy, że przemiany takie wśród organizmu w rzeczywistości są możebne, i to w tak krótkim czasie, jakby to z klinicznych danych przypuścić należało. *(Ztschft f. klin. Med. v. Frerichs* II Bd. 3 Hft.) *Dr. Pisek.*

Dr. Norton Whitney: **Choroba zwana kakke.**

Choroba tego nazwiska jest właściwą Japonii. Jest endemiczną w okolicach nizko położonych. Jest cierpieniem powracającém, bez gorączki, niezaraźliwém; najsilniéj występuje w lecie. Objawami cechującemi jest bicie serca, brak czucia w skórze, porażenie częściowe mięśni, bóle w mięśniach, które porażeniu nie podległy, uczucie niepokoju w okolicy serca, szmery skurczowe, puchlina ogólna, a w niektórych przypadkach nudności i wymioty.

Uważaną jest za chorobę zakaźną, a jako jéj przyczynę uważa Dr. Simmons (Yokohama) swoisty jakiś przyrzut. Przepełnienie ludźmi, niedostateczne lub złe osuszenie gruntu, niedokładne przewietrzanie wznieca najprawdopodobniéj tę chorobę u ludzi osłabionych, z zajęciem siedzącém, zmęczonych, źle żywionych. W ogóle zły klimat, sposób życia, pora letnia, płeć, brak pożywienia są głównemi przyczynami usposabiającemi. Kakke nie jest tą samą chorobą co beriberi, endemiczna w Indyjach, na wyspie Ceylon i Brazylii.

Choroba przebiega w dwóch głównych odmianach. Jedna z puchliną odznacza się wylaniem się surowicy do tkanki podskórnéj i do jam surowiczych; druga z zanikiem cechuje się szybkiém cieńczeniem niektórych mięśni i zmniejszeniem się płynów w organizmie.

Objawami ogólnemi są: zwiastunowe osłabienie, brak czucia miejscowy rozpoczynający się na goleni, końcu palców, okolicy przodkowéj ud i zewnętrznéj barków, okolicy podbrzusza i około ust.

Mięśnie tylne łydki, mięśnie górnéj części klatki piersiowéj i okolicy nadłopatkowéj stają się miększemi i bolesnemi; następnie mięśnie w okolicy, gdzie się rozwinęła bezczułość skórna, ulegają porażeniu albo w niektórych przypadkach zanikowi, czasem podpadają kurczom. Zdziergacz rzyci i pęcherza nie ulega w prostych przypadkach nigdy porażeniu.

Bicie serca jest stałym objawem i nie do wytrzymania. Tętno dochodzi do 140. Na podstawie serca i w okolicy wielkich naczyń słychać szmer skurczowy. Stłumienie okolicy serca zwiększa się w odmianie puchlinowéj. Brak apetytu, złe trawienie, a często pod koniec choroby wymioty. W puchlinie piersiowéj i zbrzęknieniu płuc zjawia się duszność i niepokój.

Ilość moczu zmniejsza się. Ciężar gatunkowy powiększa się. Białko lub krew rzadko się tylko pojawia. Puchlina zdarza się w większéj części przypadków, rozpoczyna się na goleni i zajmuje późniéj niższe części ciała, czasem nie występuje powyżéj kostek. Może także wystąpić jako ogólna z puchliną jam surowiczych. Na twarzy rzadko się pojawia, a jeżeli się wytworzy to w mniejszym stopniu niż w chorobach nerkowych.

Umysł i narządy zmysłowe wcale nie cierpią. Cieplota jest zmienna, nie podnosi się bardzo, a najczęściéj jest prawidłowa

Niedokrewność jest stałym objawem. Wysięki puchlinowe, bezczułość, porażenie, nadczułość są zawsze obustronne.

Durzyca, zimnica, czerwonka zdarzają się niekiedy w przebiegu kakke.

Wiadomości z patologicznéj anatomii są prawie żadne. Sądząc z objawów domyślać się można, że rdzeń pacierzowy, rdzeń przedłużony i ośrodki współczulne są chore. Mięśnie wycięte za życia choremu i pod drobnowidem zbadane okazują znaczne zwyrodnienie.

Leczenia ustalonego jeszcze nie ma. Lekarze japońscy zalecają środki przeczyszczające i pokarmy wiele azotu zawierające. Lekarze obcy podają również środki przeczyszczające i moczopędne. Zadawano akonit celem uspokojenia ruchów serca i zmniejszenia nadczułości mięśniowéj; radzą także strychnin i elektryczność przeciwko zanikowi i pora-

żeniu mięśni. Chorego należy oddalić z okolicy, gdzie panuje kakke w okolice jak najwyżéj położone, a jest to najskuteczniejszym środkiem obok polepszenia warunków hygijenicznych i używania wszelkich możebnych środków leczniczych. Bez wydalenia chorego z okolicy niezdrowéj i najtroskliwsze leczenie nic nie pomoże. Chorobę tę opisał pierwszy Dr. Norton Whitney w *Medical Times of Philadelphia*. *(Journal de Thérapeutique*, 1882, 2). *S. P.....i*

Prof. J u r a s z (w Heidelbergu): **O leczeniu znacznych skrzywień przegrody nosowéj.**

Skrzywienia przegrody nosowéj dotyczą przeważnie części jéj chrząstkowéj. Nieznaczne stopnie skrzywienia nie zakłócają zazwyczaj czynności nosa, silne zaś zboczenia przegrody, sprowadzając mniéj lub więcéj znaczne zwężenie albo nawet i zupełną niedrożność jednego lub obydwóch przewodów nosowych, zakłócają powonienie, utrudniają lub uniemożebniają odpływ wydzieliny błony śluzowéj, wpływają niekorzystnie na głos, wymowę i oddychanie, a przez to niekiedy i na zdrowie całego ustroju. Z tego wynika ważność tego cierpienia na pozór błahego pod względem leczniczym.

Q u e l m a l z w zeszłym wieku, w najnowszym czasie M i c h e l, polecają chorym uciskać 50—100 razy dziennie skrzywioną przegrodę w stronę przeciwną wygięciu. Sposób ten jednakże nie prowadzi zwykle do celu, przynajmniéj w przypadkach znaczniejszego skrzywienia, wymaga bowiem od chorego zbyt wielkiéj cierpliwości. Postępowanie operacyjne wystarcza tylko w skrzywieniach wolnego brzegu przegrody nosowéj, w zboczeniach zaś odcinka jéj środkowego i tylnego, mimo poleceń D i e f f e n b a c h a i R o s e r a, zwykle jest niewykonalném. Pole operacyjne jest zbyt ciasne, wprowadzone narzędzia wypełniają je prawie zupełnie, krew zalewa przystęp do reszty, trzebaby operować na oślep. To téż nie wahał się D e m a r q u a y znaleźć przystęp i rozszerzyć pole operacyjne przez przecięcie grzbietu nosa. Inni polecają i wykonywają wycięcie kawałka wypukłéj części przegrody w celu przywrócenia komunikacyi między jamami nosowemi, bez względu na nieprawidłowe ustawienie przegrody. Sposób ten operowania, z wielu względów odpowiadający celowi, o tyle nie jest dostateczny, że tylna przestrzeń zwężonego przewodu nosowego i tak nie może odbywać prawidłowych swych czynności, a skutkiem niedostatecznego przewiewu i nagromadzonéj wydzieliny staje się siedliskiem różnych przewlekłych zmian zapalnych. Dla d o s z c z ę t n e g o leczenia skrzywień przegrody nosowéj podał był przed kilku laty A d a m s nowy sposób postępowania. Sprostowawszy przemocą, za pomocą szczypczyków odpowiednio sporządzonych, skrzywioną przegrodę, zakładał na 3 dni do otworów nosowych kompresor złożony z dwóch płytek metalowych, utrzymujących przegrodę w położeniu prawidłowém. Późniéj zakłada przez dłuższy czas płytki z kości słoniowéj. Postępowanie to, aczkolwiek dobre daje wypadki, ma dużo stron ujemnych. Najważniejszą z tych jest ta, że operator działać musi w dwóch ustępach, t. j. najprzód wyprostować szczypczykami przegrodę nosową a n a s t ę p n i e dopiero założyć kompresor, co w obec sprężystości przegrody, wracającéj natychmiast po odjęciu szczypczyków w pierwotne położenie nieprawidłowe, jest rzeczą bardzo trudną. Dla usunięcia téj niedogody obmyślił Jurasz przyrząd, łączący w sobie i szczypczyki i kompresor. Do końców kleszczyków, rozkładalnych podobnie jak kleszcze porodowe, przytwierdzone są szrubką płytki podobne postacią do przegrody nosowéj. W celu sprostowania skrzywionéj przegrody wprowadza się z osobna jedno ramię kleszczyków do jednéj, drugie do drugiéj jamy nosowéj. Zbliżając wolne ramiona kleszczyków do siebie, wywiera się płytkami do kleszczyków przytwierdzonemi obustronny ucisk na przegrodę nosową i prostuje ją dowolnie; następnie łączy się wprowadzone do nosa płytki ze sobą za pomocą szrubki, odśrubowuje się od nich ramiona kleszczyków a płytki pozostawia w jamach nosowych jako kompresor przez 3 dni. Późniéj należy jeszcze zakładać przez dłuższy czas płytki z kości słoniowéj, zwalczać zapalenie błony śluzowéj za pomocą wstrzykiwań itd.

J u r a s z opisuje dwa przypadki znacznego skrzywienia przegrody nosowéj operowane jego sposobem, zakończone zupełném wyleczeniem. *(Berl. klin. Wchft.*, 1882, Nr. 4).
Dr. Smoleński (Jaworze).

Dr. M o n c k t o n: **Obrażenie głowy, śmierć, związek przyczynowy?**

Młodzieniec l. 21 liczący śród biesiady w domu publicznym silnie uderzony został pięścią między oczy, w skutek czego potoczył się i doznał silnego krwotoku z nosa oraz chwilowéj utraty przytomności; przyszedłszy prędko do siebie był w stanie bez pomocy udać się do pomieszkania swego, o 3 mile (ang.) odległego. Następnego dnia przechadzał się, 3go pracował przez cały dzień w kopalni węgla; 4go jął się także pracy, lecz krwotok z nosa i ust zmusił go osłabionego bardzo do jéj zaniechania i udania się do domu. 5go dnia dopiero radził się lekarza, skarżąc się głównie na ból głowy; 7go dnia wystąpiły ciężkie objawy mózgowe a 8go śmierć. Sekcyja sądowa wykazała skrzep krwi zbity, niewarstwowy, wielkości małego orzecha włoskiego, ważący 201 ziarn, w sklepieniu półkuli mózgowéj lewéj (nie w komórce), $1\frac{1}{2}$ cala na lewo od szczeliny podłużnéj, między średnią a tylną $\frac{1}{3}$ częścią półkuli, na dnie rowka pomiędzy zwojami; naczynia opony twardéj i naczyniówki mocno nastrzykane; czaszka nieuszkodzona, a powłoki jéj nie okazują żadnego śladu obrażenia. Dr. M. orzekł, że uderzenie pięścią sprawiło pęknięcie naczynia krwionośnego w nosie i w części górno-tylnéj mózgu, że wynaczynienie krwi w mózgu, jako bliżéj powierzchni zewnętrznéj położone miało mniejszę znaczenie, aniżeli gdyby krew była się wylała do wnętrza lub na podstawę mózgowia, i że śmierć była następstwem przekrwienia i zapalenia błon mózgowych (o którém jednak w protokole sekcyjnym nie wspomina), powstałego dopiero w 3 dni po pobiciu. Przysięgli oglądacze *(coroner's jury)* uznali sprawcę winnym zabójstwa, trybunał przysięgłych *(judge of assize)* atoli uwolnił go z powodu, że objawy po pobiciu spostrzeżone były za nadto nieznaczne, aby mogły dowieść, że śmierć była następstwem pobicia.

Dr. M. uznał za stosowne czytać sprawozdanie o tym przypadku na posiedzeniu tow.-lek. w Staffordshire i poddał pod rozprawy dwa pytania: kiedy skrzep w mózgu powstał i czy obrażony mógł chodzić i pracować 2—3 dni pomimo wynaczynienia w mózgu; a dopiero towarzystwo pouczyło pana znawcę, że wynaczynienie było następstwem pobicia i przyczyną śmierci. *(The Lancet*, 1882, 11 lutego). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Szybkość wessania z ran.** M. D a v a i n e przedstawił Akademii Umiejętności niektóre spostrzeżenia nad wessaniem z ran.

Kwestyja ta jest bardzo ważną pod względem praktycznym, gdyż jad często dostaje się tą drogą do krwiobiegu. Że wessanie z podskórnych ran odbywa się nadzwyczaj szybko, jest rzeczą dowiedzioną, *Gazette Medicale* wspomina o doświadczeniach Renaulta co do zawiązku jadu zołzów i Collina co do zawiązku jadu wąglikowego. Kilka minut wystarczyło, aby wypalenie okazało się bezskutecznêm, jeśli było dokonane w dziesięć lub piętnaście minut po zaszczepieniu. Badania Davaina odnosiły się do ważnéj kwestyi, czy wessanie odbywa się jednakowo szybko z powierzchni ran wszelkiego rodzaju i doprowadziły do wniosku, że tak nie jest. Umieściwszy nieco wytworu chorobowego w przypadku wąglika na powierzchni rany powstałéj u królika po przyłożeniu pryszczydła lub przez starcie chropowatą powierzchnią jakiegoś narzędzia albo téż przez wycięcie kawałka skóry, znalazł że wiele zwierząt utrzymało się przy życiu, gdy ranę wypalono potasem żrącym w godzinę, dwie lub trzy. Podaje anatomiczne wyjaśnienie różnicy zachodzącéj w wyniku doświadczeń. W ranie podskórnéj pewna ilość małych naczyń ulega przecięciu a krążenie utrzymuje się przez oboczne gałęzie odchodzące tuż pod przecięciem naczynia i przez nie to jad wnika do wnętrza przeciętego naczynia i dostaje się do ogólnego krwiobiegu. Ten sam skutek nie ma miejsca w ranach znaczniejszych rozmiarów, prawdopodobnie dla tego, że znaczniejsza część pni naczyniowych jest przeciętą. Jakiekolwiek przyjmiemy tłumaczenie, jasną jest rzeczą, że rany drobne są niebezpieczniejsze i że wypalenie, jeżeli ma być skuteczne, winno być nader szybko dokonane. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja stryjska Towarzystwa lekarzy galic.

Posiedzenie w Dolinie dnia 1go października. Członków obecnych 12 i jeden gość.

1. Przewodniczący kol. Serkowski zdał sprawę z wykładów, demonstracyj i rozpraw, które były przedmiotem obrad w sekcyjach medyc. wewn., chirurgicznéj i medycyny publicznéj III Zjazdu lekarzy polskich w Krakowie. Nad niektóremi przedmiotami wywiązała się ożywiona dyskusyja. Ponieważ lekarze na prowincyi najwięcéj mają z dyfteryją do walczenia, więc téż przy sprawozdaniu z rozpraw nad różnemi środkami terapeutycznemi przeciw téj chorobie stosowanemi każdy z obecnych lekarzy podawał swe doświadczenia na têm polu do wiadomości kolegów. Zgadzali się niemal wszyscy w têm, że w praktyce miejskiéj, przy sprzyjających warunkach higijenicznych i wczesnêm zawezwaniu, może lekarz bardzo często życie uratować już przez samo mechaniczne i chemiczne (antiseptyczne) czyszczenie gardła. Co się tyczy sposobu czyszczenia gardła to wszyscy obecni potępiali tuszowanie kamieniem piekielnym, w obronie tego środka wystąpił kol. Axelrad. Natomiast większa część obecnych uznała skuteczność pędzlowania rozczynem półtorachlorku żelaza z gliceryną i częstego płukania gardła i nosa rozczynem chloranu potasowego kwasu borowego lub innego środka antiseptycznego. Kol. Papieski przemawiał za skutecznością wewnętrznego używania proszku złożonego z chininu i salicylanu sodowego. Kol. Krzyształowicz, który już w samych początkach uważa tę chorobę jako ogólną a nie lokalną, większe ma zaufanie do środków ogólnych i właśnie rozpoczął doświadczać pilokarpinu. Kol. Zygmunt Dzikowski nie wyrobił sobie w swych doświadczeniach żadnego zaufania do pilokarpinu i większe znaczenie przypisuje środkom analeptycznym, równocześnie podawanym. Zgadzają się daléj wszyscy na to, iż o ile lekarz w mieście, przy sprzyjających warunkach higijenicznych i wczesnêm zawezwaniu, wiele zdziałać może, o tyle przeciwnie lekarze na wieś delegowani w czasie epidemii są bezsilni. Najenergiczniejsze ich usiłowania rozbijają się: 1. z powodu niechęci i braku zaufania wieśniaków do lekarzy, 2. z powodu niezdarności rodziców i oporu dzieci przy pędzlowaniach i płukaniach gardła, 3. z powodu niemożności oddzielenia chorych od zdrowych, 4. z powodu niemożności nakłonienia rodziców, a nawet wójtów, do rychłego przenoszenia dzieci z dyfteryi zmarłych do trupiarni, wreszcie 5. z powodu odrazy do środków dezinfekcyjnych, za które gminy, a względnie chorzy sami, płacić muszą, gdyż zapisywanie tych środków na koszt funduszu publicznego jest wzbronionêm. Kol. Fryderyk Dzikowski podnosi, że skoro w epidemijach dyfteryi lekarze mało u chorych zdziałać mogą, to powinni przynajmniéj starać się o to, aby przez energiczne użycie środków sanitarno-policyjnych epidemija daléj się nie szerzyła; rozporządzenie Namiestnictwa z 24 grudnia 1877 przeciw dyfteryi jest bardzo dobrêm, lecz dla braku egzekutywy nie bywa wykonywanêm. Z tych powodów uchwalono na wniosek kol. Templego jednogłośnie: Sekcyja stryjska przedkłada Walnemu Zgromadzeniu następujący wniosek: „Wzywa się Radę Zawiadowczą Tow. lek. gal., aby u właściwych władz odpowiednie poczyniła kroki, iżby w każdym przypadku epidemicznéj dyfteryi delegowani lub eksponowani lekarze mieli dodaną asystencyję wojskową lub żandarmeryję, któraby w podobny sposób, jak się to dzieje w księgosuszu lub zbliżającéj się dżumie, nad zarażonemi chatami kontumacyję rozciągnęła i pilnowała, aby przez osoby obce dyfteryja na zewnątrz się nie rozwlekała, wewnątrz zaś chat, aby środki lecznicze i dezinfekcyjne, przez lekarzy zalecane, należycie były wykonywane.“ Nadto na wniosek kol. Krzyształowicza sekcyja uchwala przedłożyć drugi wniosek Walnemu Zgromadzeniu: „Wzywa się Radę Zawiadowczą, aby u właściwych władz postarała się o usunięcie w ustępie 1. rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z 6 marca 1874 wyrazów: „i środków dezinfekcyjnych“, który to ustęp zabrania na koszt funduszu publicznego zapisywać leki odwietrzające.“ Już sam wzgląd na to, że środki odwietrzające stosują się nie dla ratowania pojedyńczych chorych, lecz dla ratowania ogółu, powinien nakłonić Rząd do zniesienia tego niewłaściwego przepisu; niewłaściwêm bowiem jest, aby za środki dla pojedynczych chorych ubogich płacił fundusz publiczny, a za środki dla ratowania ogółu płacił ubogi chory.

2. Kol. Zygmunt Dzikowski opisał z swéj praktyki prywatnéj rzadki przypadek *pemphigus foliaceus;* chory mimo używania różnych środków dogorywa. Tenże opowiedział o przypadku otrucia 6ciu osób arszenikiem w domu sędziego w Kałuszu. Wszystkie osoby wyzdrowiały po użyciu środków wymiotnych, u jednéj osoby pokazała się wysypka i rumień na skórze.

3. Jednogłośnie poparto prośbę wdowy po koledze B. pozostałéj z 5giem dzieci o wyznaczenie jéj stałéj pensyi.

4. Przewodniczący zawiadomił, iż z funduszu sekcyi zakupił siedm tomów Encyklopedyi lekarskiéj Eulenburga po 10 złr. 56 c. za każdy tom.

5. Uchwalono, aby tegoroczni członkowie biura urzędy swe na rok przyszły zatrzymali Delegatem obrano kol. Krzyształowicza, zastępcą kol. Serkowskiego.

Następne posiedzenie ma się odbyć w Kałuszu.

Dr. Papieski. Sekretarz. *Dr. Serkowski.* Naczelnik.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 stycznia do 4 lutego ogólna śmiertelność w Krakowie spadła z 28,3 na 27,5 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 2, (0 z t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 3 (2 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). W tygodniu od 1—7 stycznia ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Leczyło się w szpitalach 504, świeżo zapadło 89, umarło 20. W Pradze umarło z ospy 4, w Wiedniu 15, w Paryżu 19, w Petersburgu 13, w Warszawie 53. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Warszawie 2, w Walencyi 4, w Petersburgu 11. Odra złagodniała w Londynie, Glasgowie i Chrystyjanii W Saragosie umarła 1 osoba z choleryny w końcu grudnia z. r. Ospa szerzy się w większych miastach Ameryki północnéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie

35,1; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 25,8; w Wiedniu 29,1; w Pradze 30,7; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 22,9; w Wrocławiu 30,7; w Mnichowie 28,9; w Gdańsku 29,7; w Dreznie 26,4; w Lipsku 22,3; w Bazylei 28,5; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 20,3; w Paryżu 31,8; w Londynie 24,9; w Kopenhadze 25,9; w Stokholmie 21,4; w Chrystyjanii 24,7; w Petersburgu 53,0; w Odesie 34,4; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 29,9; w Aleksandryi 38,8; w Nowym Yorku 30,6; w Filadelfii 21,6; w Bombaju 29,3; w Madrasie 39,5. *J. B.*

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 3 lipca do 30 września 1881. (Kwartał trzeci).

Nazwa miasta	Ludność	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110.252	723	26.2	190	91	59	124	128	131	—	19	—	3	17	8	6	—	—	2	3	—	186	55	4	18	1	46	14	330	8	3	—
Kraków	67.000	593	35.4	146	124	46	112	88	77	—	12	32	17	20	17	3	17	—	31	4	9	69	92	15	1	—	85	5	157	3	4	—
Brody	20.071	189	37.6	79	28	21	20	21	20	—	18	—	18	7	—	3	2	—	4	1	—	11	2	2	3	—	14	—	104	—	—	—
Drohobycz	18.225	136	29.8	58	21	11	16	17	13	—	—	—	—	3	—	9	2	—	—	—	1	4	10	22	1	—	26	—	58	—	—	—
Kołomyja	23.109	158	28.1	60	29	18	20	17	14	—	—	1	—	17	—	4	—	—	1	1	—	26	7	2	—	—	7	3	88	—	—	1
Przemyśl	22.040	145	26.3	57	13	18	19	19	19	—	—	1	—	5	5	3	1	—	—	1	11	31	11	1	—	—	9	5	48	1	1	1
Stanisławów	18.626	135	29.0	61	11	11	18	16	18	—	1	—	—	8	6	4	—	—	1	—	—	20	6	—	1	2	9	—	75	1	1	—
Tarnopol	20.087	208	41.4	117	18	9	24	9	30	1	—	—	1	12	1	6	—	—	—	—	5	19	11	3	—	—	1	39	105	3	2	—
Tarnów	24.006	166	27.7	39	40	23	29	20	15	—	—	1	2	41	5	4	4	—	5	1	1	19	14	—	4	—	12	—	60	2	1	—
Razem	323.416	2453	30.3	807	375	216	382	335	337	1	50	35	41	130	42	42	26	—	44	11	27	385	208	49	28	3	209	66	1025	18	12	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych				32.9	15.2	8.8	15.5	13.6	13.7	0.04	2.04	1.42	1.67	5.30	1.71	1.71	1.06	—	1.79	0.45	1.10	15.6	8.48	2.0	1.14	0.12	8.48	2.69	41.8	0.74	0.49	00·8

Lwów dnia 10 lutego 1882.

Dr. Merunowicz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 lutego. D. 12 bm. umarł w Krakowie w 77 roku życia lekarz praktyczny Dr. Franciszek B u l i k o w s k i, b. prymaryjusz szpitala św. Ducha, ozdobiony krzyżem wojskowym *virtuti militari*. Bijograf nic więcéj nie umiałby powiedzieć o koledze, którego właśnie straciliśmy. Ale wszyscy ci, co go znali, co przez długie lata mieli sposobność stykania się z nim, nierównie więcéj o nim wiedzą. W osobie śp. Bulikowskiego stracił Kraków jednego z najzacniejszych obywateli, stracił stan lekarski kolegę, jakich mało, coraz mniéj niestety. Niezmordowanéj pracowitości do ostatniego tchnienia, każdéj chwili, czy w dzień czy w nocnéj porze, gotowy na każde zawołanie i wylany dla cierpiących, był to prawdziwy żołnierz na wyłomie, a czerstwe wejrzenie i piękna postawa w rzeczywistości przypominały rycerski zawód, od którego Bulikowski rozpoczął niestrudzone niczém działanie swoje. Wykonawstwu lekarskiemu wyłącznie oddany — *totus in illo* — nie znał żadnéj innéj ambicyi nad służenie bliźniemu; ale téż nie prędko pojawi się kolega o skromności istnie rzadkiéj w naszych czasach, usłużny i grzeczny dla każdego, choć najmłodszego, a sam bez żadnych zgoła pretensyj! To też śp. Bulikowski nie miał nigdy nieprzyjaciół, a wielbicielami cichymi byli wszyscy, co go poznali, a kto go nie znał bliżéj, szanował piękną postać, do któréj można było stósować zaszczytny przydomek: śród starców młody! Zaiste była to postać spiżowa, któréj pamięć nie tak prędko zaginie. Ze wszech miar zacnego kolegę stracili lekarze krakowscy, a jednomyślnie ta opinija wieńczy długi, skromny, a niczém niepokalany, żywot lekarza i obywatela!

* **Praga czeska.** Časop. lék. česk. zapisuje radosną wiadomość, że Izba Panów w Wiedniu większością 27 głosów przyjęła wniosek mniejszości w sprawie Uniwersytetu czeskiego, że więc byt uniwersytetu w ten sposób jest zabezpieczony, kończąc życzeniem: *Quod faustum, felix, fortunatumque eveniat!*

Podzielamy radość pobratymców naszych i żywo pragniemy, aby Uniwersytet czeski, a w szczególności Wydział jego lekarski, cieszył się najlepszém powodzeniem.

W ostatniéj chwili otrzymaliśmy petycyję wystosowaną przez Spolek lék. česk. do Izby Panów w języku czeskim i niemieckim; petycyja ta, mająca już tylko znaczenie historyczne, trafnie wyłuszcza powody, przemawiające za utworzeniem Uniw. czeskiego i zbija zarzuty nieuzasadnione przeciwników.

* **Wiedeń.** W skutek uchwały Rady miejskiéj ulica, na któréj mieszkał i umarł Skoda (*Reitergasse* w VIII okręgu) nazywać się odtąd będzie u l i c ą S k o d y.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dotychczasowy tytularny prof. nadzw. w Gracu Dr. Ernest B ö r n e r mianowany został nadzw. profesorem położnictwa i ginekologii tamże. — T r e n d e l e n b u r g otrzymał katedrę chirurgii w Bonnie. — Profesor anatomii patolog. w Gracu Dr. Jan K u n d r a t mianowany został prof. anatomii patolog. i przełożonym Zakładu anatomii patolog. we Wiedniu. — Dr. G i e r k e, dotychczasowy profesor anatomii w Tokio, w Japonii, mianowany został profesorem nadzw. w Wydziale lek. we Wrocławiu.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. J u n o d, który wsławił się butem krew ściągającym. — Z duru osutkowego zmarli: w Opawie fizyk miejski Dr. C z e r n o c h, a w Bernie morawskiém lekarze szpitalni Drowie W e i s s i L e s z t i n s k y.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: M a t l a k o w s k i e g o: Uwięzgnięcie w oskrzelu szczoteczki, odłamanéj przy czyszczeniu rurki tracheotomicznéj; K r a m s z t y k a: Zmiany chorobowe, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnéj (c. d.). W *Przewodniku gimnast.* Nr. 2: Ż u l i ń s k i e g o: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.); J a r n a t o w s k i e g o: Praca zawodowa i ćwiczenia cielesne (dok.). — W *Medycynie* Nr. 6: S t a n k i e w i c z a: Przepuklina pachwinowa uwięziona, zgorzel kiszki, wycięcie 20 cm. takowéj, szew kiszkowy.

Redakcyja otrzymała:

M. REICHMANN (w Warszawie): Niestrawność (*dyspepsia*) Warszawa 1882, in 8vo str. III i 312.

Dr. B. WICHERKIEWICZ (w Poznaniu): Einige Betrachtungen über sog. Bulbuswarzen. (Osobne odbicie z „Centralbl. f. pract. Augenh." 1882), in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. BÖRNER E. Ueber das subseröse Uterus-Fibroid. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

COULBAULT. Des lésions de la cornée d'ammon dans l'épilepsie. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 2.

COUTAN. Contribution à l'étude l'orchite traumatique. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

DELAUNAY. Traitement de la phthisie. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1.

DIEULAFOY G. Manuel de pathologie interne. Tome II, Ire partie. Maladies de l'appareil digestif et du foie. 18 Paris, G. Masson. cart. Fr. 4.

W poniedziałek dn. 20 bm. o godz. 11téj rano odbędzie się we Lwowie, w biórze sanitarném Namiestnictwa, Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprostowanie. W Nrze 6 Przegl. Lek. na str. 71 w szp. 2giéj, w wierszu ostatnim opuszczono po słowach „zwiększano dawkę do 2·5“ wyraz „centigrama.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.